

Dr. József Rózsa Hauptabteilungsleiter im Ministerium für Arbeit, Kandidat der Wirtschaftswissenschaften /Budapest/

Allgemeine und beschäftigungspolitische Probleme im Zusammenhang mit der beschränkten Erwerbsfähigkeit /Arbeitsfähigkeit/

In Ungarn wird die Zahl der Berufstätigen mit beschränkter Erwerbsfähigkeit auf mehrere Hunderttausend eingeschätzt. Vor fast zehn Jahren hat der Ministerrat Rahmenvorschriften erlassen, die auf die Förderung der wirksamen Rehabilitation in der Berufstätigkeit abgezielt waren. Die im Laufe der seither verstrichenen Zeit gesammelten Erfahrungen waren in vieler Hinsicht ungünstig. Qualitative Änderungen in der Förderung der Rehabilitation im Berufsleben konnten wir leider nicht erzielen. Laut unseren Erfahrungen hat man in einigen sozialistischen Ländern in der Rehabilitation im Berufsleben, in der Schaffung der dazu erforderlichen subjektiven und objektiven Bedingungen bereits einen höheren Stand erreicht. Nun versuchen wir die für uns nutzbaren Erfahrungen dieser Länder zu übernehmen.

Der Arbeitskräftemarkt in Ungarn fordert stärker als je eine generelle Lösung der Rehabilitation im Berufsleben und dadurch die Erhöhung des Arbeitskräfteangebots. In diesem Jahr wurde der Perspektivplan der weiteren Förderung und Entwicklung der Rehabilitation durch die Ministerien für Arbeitswesen bzw. für Volkshygiene und medizinische Betreuung sowie durch den Landesgewerkschaftsrat ausgearbeitet.

Für Ungarn ist also dieses Problem ausserordentlich aktuell und ist in vieler Hinsicht noch ungelöst. Auch aus diesem Grund freuen wir uns über die Veranstaltung dieses Symposiums mit internationaler Beteiligung, da wir uns von dieser Veranstaltung eigentlich auch eine Hilfe zur Lösung unserer Probleme erhofft haben. Es ist uns natürlich klar, dass wir unsere eigenen Probleme in Ungarn selbst zu lösen haben. Die Kenntnis und die Nutzung der einschlägigen Er-

fahrungen der sozialistischen Bruderländer könnte aber zur Intensivierung dieses Prozesses beitragen.

Über Fragen organisatorischer Natur möchte ich nur vorausschicken, dass im Arbeitsministerium eine Sozialpolitische Hauptabteilung tätig ist, deren Aufgabe u.A. die Förderung der Rehabilitation der beschränkt Erwerbsfähigen im Berufsleben ist. Mit diesem Thema wurde auch ein gesellschaftliches Organ betraut: seit längerer Zeit ist im Rahmen der Ungarischen Gesellschaft für ärztliche Rehabilitation auch die Sektion Rehabilitation tätig. Als Leiter der Sozialpolitischen Hauptabteilung des Ministeriums und als Vorsitzender der vorerwähnten Sektion möchte ich Ihnen nun folgende Probleme schildern:

- generelle Probleme der Rehabilitation,
- Rehabilitation in der Berufstätigkeit,
- Arbeitsplätze mit speziellem Charakter,
- Effektivität der Regelung durch Rechtsnormen,
- Zusammenfassung.

Allgemeine Probleme der Rehabilitation

Als Einleitung einiges über die ursprüngliche und moderne Auslegung des Wortes "Rehabilitation".

Man begann erstmals im XVIII. Jahrhundert diese Wort zu beschützen und meinte damit eine Wiederherstellung des persönlichen Standes eines Individuums - besonders aus moralischer Sicht und im juristischem Sinn. Im übertragenen Sinn verstehen wir heute natürlich unter Rehabilitation die physische und psychische Wiederherstellung des Status der durch Unfall oder Erkrankung /Gesundheitsgeschädigten oder infolge sonstiger subjektiver Veranlagung im Berufs- und/ oder Gesellschaftsleben benachteiligten Personen. Die Rehabilitation wird erst dann von Erfolg gekrönt, wenn sie ausser der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch zur Wiedererlangung des früheren Status der betreffenden Person in der Familie und in der Gesellschaft führt. Im weiteren Teil meines Vortrags will ich mich hauptsächlich den Problemen

der Gesundheitsgeschädigten, der Schicht der sog. beschränkt arbeitsfähigen widmen.

Die Rehabilitation ist ein langer und komplexer Prozess, in dem man die medizinischen, die mit dem Beruf zusammenhängenden und die sozialen Bereiche zur willkürlich trennen kann.

Wer ist also auf eine Rehabilitation angewiesen?

Sowohl aus der ursprünglichen als auch aus der modernen Deutung des Wortes Rehabilitation folgt es, dass jene Individuen einer Rehabilitation bedürfen, die etwas eingeüsst, etwas verloren haben; z.B. ein Glied durch Unfall, oder die etwa seit ihrer Geburt blind - bei ihrer Geburt erblindet - sind, bzw. an /meist chronischen/ inneren Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystem leiden, die sich vollständig geheilt werden können und infolge des Leidens eine gewisse Funktionsstörung, Funktionsbeeinträchtigung eintritt. Die Grundkonzeption der ärztlichen Rehabilitation beruht auf der Erkenntnis, dass bei allem oben beispielsweise angeführten schweren und endgültigen Gesundheitsschäden die Zahl /das Gesamtvolumen/ der intakt gebliebenen Funktionen noch immer die der infolge der Erkrankung eingeüssteten Funktionen bei weitem überbietet. Man hat also die gebliebenen Fähigkeiten zu berücksichtigen und alle Rehabilitationsvorhaben /Rehabilitationsversuche/ auf die gebliebenen Fähigkeiten aufbauen. Natürlich ist auch die ärztliche Einstellung einem Wandel unterzogen.

Die Summe der eingeüssteten Fähigkeiten und persönlichen Anlagen kann zu einer endgültigen Invalidität führen - in diesem Fall kann eine Invalidenrente zuerkannt werden. In den meisten Fällen ist aber die Zuerkennung und die Zahlung einer Invalidenrente mit dem Aufgeben der Rehabilitationsvorhaben, der im Interesse des Gesundheitsgeschädigten durchgeführten Bemühungen und ärztlichen Versuchen gleich. Im Gegenfall kann nach der Registrierung der intakt gebliebenen Fähigkeiten und durch gezielte Entwick-

lung derselben, durch das Training der heil gebliebenen Muskulatur zum vollen oder teilweisen Ersatz für die geschädigten Muskeln dem Gesundheitsgeschädigten in einem vorgegebenen Bereich zu einer wieder vollwertigen Menschen machen. Die Rehabilitation kann erst dann als 100 %-ig glücklich angesprochen werden, wenn die rehabilitierte Person in ihrem ursprünglichen oder aber in einem anderen Arbeitsbereich eine vollwertige Arbeit leisten kann. Es kann natürlich auch vorkommen, dass der rehabilitierte Gesundheitsgeschädigte nur zur Hausarbeit - sei es als Heimarbeiter /Zuarbeiter/ oder Haushälter/in/ - taugt. Auch kann es möglicherweise vorkommen, dass er/sie nur um selbst Sorge tragen kann, aber in diesem Fall ist er/sie wenigstens nicht Pflegebedürftig und wird den Familienangehörigen nicht zur Last fallen. Die ärztliche Rehabilitation hat also selbst dann eine recht wichtige Funktion, wenn sie die volle Arbeitsfähigkeit nicht wiederherstellen und die Bedingungen für die weitere Teilnahme an der gesellschaftlich organisierten Arbeit sichern kann.

Im Rahmen der allgemeinen Rehabilitationsmassnahmen ist der Rehabilitation für die Berufstätigkeit noch immer nicht der ihr gebührende Platz eingeräumt, der ihr gebührende Rang zugestanden worden. Die auch wissenschaftlich anerkannte Prevention, der zu einem spektakulären Erfolgs führen- de Heilungsprozess, die manchmal noch mehr spektakulärere Chirurgie erfreuen sich eines hohen gesellschaftlichen Ansehens. Diese Aussage trifft bei der des vorerwähnten Prozessen nachgeschalteten Beruflichen und sozialen Rehabilitationstätigkeit kaum zu.

Die stürmische Entwicklung der Technik, die Opfer der sich in unserem Jahrhundert abgespielten Weltkriege, der immer schnellere Lebensrhythmus machten und machen die allgemeine Rehabilitation zu einer dringlichen Aufgabe der Gesellschaft. Gondmunk Harlem, der frühere Präsident der Internationalen Gesellschaft für Rehabilitation hat aus den Merk-

malen des Entwicklungstrends unserer Zeit den Schluss gezogen, dass sich in der Gesellschaftsstruktur der hochentwickelten Industriestaaten ein stetiger Wandel vollzieht: in absehbarer Zeit wird bereits 50 % der Bevölkerung zur Teilnahme an der Produktion entweder zu jung oder zu alt sein; vom übrigen 50 % werden 20-25 % für produktive Tätigkeit eingestellt werden können. In seiner Analyse setzt er den Anteil der Gesundheitsgeschädigten, die aus verschiedenartigen Krankheits- oder Unfallsursachen nur dann als Erwerbstätige beschäftigt werden können, wenn man teils ihre Funktionen ändert, teils ihren Fähigkeiten entsprechende Arbeitsplätze ausbildet auf 10 - 15 %.

Diese Phase der Rehabilitation, d.h. die Integrierung der Rehabilitierten in den Produktionsprozess, wird als Rehabilitation der Erwerbsfähigkeit bezeichnet. Ausser dem klassischen Korbflechten und der Bürstenbinderei besteht die einfachste und von unseren Betrieben praktizierte Methode in der Versetzung solcher Leute in sog. leichtere Arbeitskreise /Portier, Wärter, usw./. Natürlich werden in diesen Arbeitskreisen keine besonderen Fachkenntnisse gefordert, andererseits sind sie für Leute mit Fachkenntnissen überhaupt nicht verlockend. Das führte dann zu einer durchgreifenderen Interpretierung der bei der Rehabilitation der Erwerbsfähigkeit anfallenden Massnahme und z.Z. versuchen wir Rehabilitationsmassnahmen anzuregen, bei denen keine Kompromisslösungen zu Kosten der Fachkenntnisse nötig sind.

Selbst durch eine passend durchgeführte ärztliche Rehabilitation und eine erfolgreiche Rehabilitation im Berufsleben ist es noch immer nicht gewährleistet, dass sich der/die Rehabilitierte in seine /ihre im/ engeren und weiteren Sinn gemeinte soziale Umwelt eingliedern kann. Hier kommt der Kollektive eine recht hohe Bedeutung zu. Wenn die rehabilitierten Personen im Betrieb durch ihre Mitarbeiter nicht besonders unterstützt werden, bleibt die Rehabili-

tation erfolglos. Auch die menschlichen Vorurteile spielen hier entscheidend mit. Bei unseren Betriebsbesuchen werden wir oft mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ein Teil der gesunden Betriebstätigen vor dem Umgang mit rehabilitierten Mitarbeiters scheut, sich von ihnen fürchtet. Besonders ist das bei der sozialen Eingliederung - Integration - von völlig geheilten ehemaligen Lungenkranken der Fall.

Weiters hat die Gesellschaft gegen einen schweren und paradoxen Widerspruch anzukämpfen. Laut der Ende des XIX. Jahrhunderts auskristallisierte Auffassung ist ein Invalid der jeglicher Arbeit unfähig und belastet lebenslang die soziale Umwelt und besonders seine engere Umgebung. Im XX. Jahrhundert wird dieser soziale Beitrag der Gesellschaft durch die meistens durch Rechtsnormen geregeltes - institutionellen - Invalidenrenten repräsentiert.

Diese Unterstützung durch die Sozialversicherung bzw. /in der sozialistischen Gesellschaft/ eine hochgradige soziale Sicherheit wirkte und wirkt sich in gewissen konkreten Fällen aus der Sicht der Rehabilitation für die Berufstätigkeit hemmend aus. In kapitalistischen Ländern machte man die Beobachtung, dass Leute, die keine finanzielle Unterstützung von der Sozialversicherung bekamen, durch die Rehabilitation für die Berufstätigkeit schneller wieder Erwerbsfähig wurden als die versicherten Vergleichspersonen. Laut Aussage vieler Ärzte ist die aktive Mitwirkung der Patientes bei der Rehabilitation für des Erfolg unerlässlich, und diese Mitwirkung könnte bloss dadurch intensiviert werden, wenn der Unterschied zwischen Rente und nach Abschluss der Rehabilitation gezahlten Gehalt zugunsten des Letzteren grösser wäre. Das scheint auf den ersten Blick eine antisoziale Einstellung zu sein, eine solche Massnahme würde aber die Interessen der ganzen Gesellschaft besser berücksichtigen, dabei auch dem Interesse der einzelnen Gesundheitsgeschädigten besser dienen.

Oft befürchten die Patienten, dass ihre Heilung, die erfolgreiche Rehabilitationen zum Verlust der für sie bis dahin gezahlten Unfallrente führen wird. Die Praxis erwies, dass bei Patienten, die offenbar die Erlangung bzw. Erhaltung der Rente anstrebten, kaum der Wunsch und gar der Wille zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Entwicklung und Entfaltung der gebliebenen Funktionen vorliegt.

Wenn z.B. ein Erwerbstätiger einen Betriebsunfall erlitten und, da er 66 % seines Arbeitsvermögens eingebüsst hat, eine Invalidenrente erhält, wird er dadurch nur für seinen Verlust materiell entschädigt. Was aus seinen menschlichen Fähigkeiten und Anlagen - menschlichen Werten - noch geblieben ist und durch Erteilung einer fachgemässen komplexen Rehabilitationsbehandlung noch nutzbar wäre, wurde bisher ausser acht gelassen. Man sollte die Patienten bereits in der Phase der ärztlichen Rehabilitation auf ihr künftiges neues Leben vorbereiten beginnen und das sollte keineswegs schlechthin eine Aufgabe sozialer oder humanitärer Art sein, sondern sollte die Zukunftsprobleme der Gesundheitgeschädigten in komplexer Weise behandeln. Erfahrungsgemäss interessieren sich die Patienten, selbst die Schwerverletzten, im Zuge dieser am Krankenbett geführten Gespräche für die Aussichten ihrer Wiedereingliederung in den Produktionsprozess.

Prüfen wir das Problem von der Seite der Sozialmassnahmen, dann steht Ungarn aufgrund der z.Z. praktizierten Massnahmen unter den europäischen Staaten in der vordersten Linie. Wenn wir aber bedenken, dass im heutigen System der Errechnung der Invalidenrentenhöhe der prozentuelle Anteil der Abnahme der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend ist und dass wir von der Anwendung der Rehabilitation für die Berufstätigkeit Abstand nehmen, dann gewähren wir zwar eine soziale Sicherheit, vertreten aber trotzdem ungenügend die Interessen des Individuums und die der Gesellschaft.

Lösung des Problems der Anpassung und Eingliederung der Verletzten und Erkrankten an ihre soziale Umwelt bzw. die gezielte Einflussnahme auf ihre Umwelt zwecks Erleichterung ihrer Anpassung und Eingliederung übersteigt den Zuständigkeitsbereich der medizinischen und Sozialbetreuung. Verhütung der Entstehung von mentalen Störungen durch Vorbeugungsmassnahmen, Nutzung der gebliebenen Fähigkeiten und Anlagen und der bis zum reifen Alter erworbenen Fachkenntnisse kann nur durch den fallweise erforderlichen Eingriff der Mentalhygiene bzw. durch fachgerecht durchgeführte bzw. angebotene Hilfe sichergestellt worden. Da bei Leuten mit beschränkter Arbeitsfähigkeit entstehenden Änderungen in ihrem biologischen Funktionen üblicherweise auch eine Abnahme der Arbeitsintensität bewirken, kann es in kritischen Fällen vorkommen, dass man sich zwangsweise mit der Wahl eines "massgeschneiderten" Berufs bzw. mit der Adaptierung der Arbeitsplätze zufrieden geben muss. Dadurch können auch die beschränkt Arbeitsfähigen Arbeitnehmer eine vollwertige oder nahezu vollwertige Arbeit leisten.

Rehabilitation der Arbeitsfähigkeit

Die Invalidität kann durch verschiedene Krankheiten oder Unfälle verursacht werden. In den meisten Fällen wird aber der Patient durch eine entsprechende Behandlung vollständig geheilt und erlangt wieder seine frühere Arbeitsfähigkeit. In solchen Fällen gab es bloss eine vorübergehende /zeitwillige/ Invalidität, mit der ärztlichen Rehabilitation ist der Rehabilitationsprozess beendet worden. In anderen Fällen aber, wenn jemand durch Unfall eine Verstümmelung erlitten hat, erblindet oder herzkrank wird, ist die Invalidität ein bleibender Zustand; diese Zustand kann einen Menschen im arbeitsfähigen Alter u.U. bis zu seinem Ableben anhalten. Leute, die sich in einem ähnlichen Fall mit den Problemen der Rehabilitation und der Einstellung in die Arbeit zu befassen haben, müssen jeweils die Art der Invalidität /bzw. die Natur der Erkrankung/ und ihren Einfluss

auf die fachbezogene Einsatzfähigkeit der Gesundheitsgeschädigten berücksichtigen. Laut Erfahrung darf man Invalidität und bleibende beschränkte Arbeitsfähigkeit nicht gleichsetzen. Z.B. Prüfen wir den Fall eines Buchhalters von einem gewissen Alter, dessen rechter Unterarm infolge eines Autounfalls amputiert werden musste. Nach Ansicht der Ärzte, des Arbeitgebers und der Rehabilitationsfachleute wird dieser Mann nie mehr die Aufgaben eines Buchhalters versehen können. Auch der Buchhalter akzeptierte dieses Bescheid und erklärte sich mit seiner Versetzung bzw. Einstellung als Bürobote /Zusteller/ einverstanden. In einigen Monaten wurde er aber zu einem Linkshänder und konnte seine früheren Buchhalter-Aufgaben mit der Hilfe einer auf seinen rechten Armstumpf gesteckten Prothese einwandfrei versehen.

Offenbar besteht bei ihm eine Invalidität, ohne aber dadurch eine bleibende Arbeitsfähigkeitsbeschränkung hervorzurufen.

Aufgrund der oben angeführten Umstände erfolgt eine beschränkte Arbeitsfähigkeit, wenn der Gesundheitsgeschädigte

- seinen früheren Beruf nicht mehr entsprechend versehen kann,
- durch die Ausübung seines früheren Berufes eine weitere Gesundheitsschädigung erleiden könnte,
- die Sicherheit Anderer gefährdet,
- eine Verschlechterung seiner Schädigung durch Ausübung seines früheren Berufsriekieren würde.

Ob ein invalider Berufstätiger aus fachlicher Sicht als beschränkt arbeitsfähig anzusehen ist oder nicht, kann nur durch gründliche Untersuchungen ermittelt werden. Durch diese Untersuchungen will man einerseits die aus der Verletzung herrührenden und die Arbeitsfähigkeit des Patienten beeinträchtigenden physiologischen Änderungen erfassen, die andererseits die den physischen Eigenschaften entsprechende Adaptation des Betriebstätigen, dessen Arbeitsvermögen

sich ja geändert hat, beeinflussen.

Es geht auch aus dem angeführten Beispiel hervor, wie wichtig die umfassende Kenntnis und entsprechende Einschätzung der noch verfügbaren Arbeitsfähigkeit eines Gesundheitsgeschädigten /Invaliden/ ist.

Mangels medizinischer Fachkenntnisse kann der Arbeitgeber, können Ingenieure und andere Fachleute eines Betriebs nicht die Grenzen bestimmen, für die biologische bzw. physiologische Faktoren ausschlaggebend sind. Deshalb kann über Charakter und Höhe der zulässigen physischen Beanspruchung bei einer beschränkten Arbeitsfähigkeit nur der fachärztliche Befund bzw. Aussage ausschlaggebend sein. Der Arzt hat dem geistigen und physischen Status, Merkmals und Grenzen seiner Arbeitsfähigkeit zu begutachten. Auf dieser Grundlage kann man dann Arbeitsstellen und Wirkungsbereichskategorien festlegen, die grundsätzlich für die beschränkt Arbeitsfähigen entsprechend sind. Man soll aber immer darauf bedacht sein, dass - obwohl sich auch die Fähigkeiten formen lassen - eher und in stärkerer Masse die Arbeit an die Fähigkeiten und an das Arbeitsvermögen des Individuums angepasst werden soll.

Andererseits soll vom Arzt gefordert werden, dass er für die Einstellung eines Arbeitnehmers, der die Fähigkeit zur Verrichtung der zur Verrichtung seiner Arbeit nötigen Prozesse verloren hat, nicht bloss beantragt, dass der betreffende Betriebstätige mit einer leichteren Arbeit betraut werden soll, sondern auf der Kenntnis der noch verfügbaren Funktionen des Betriebstätigen basierend konkrete Vorschläge macht. Die Ärzte müssen sich darüber aussagen, in welchem Beruf, in welchem Arbeitsbereich der betreffende eine vollwertige Arbeit leisten kann. An diese ärztliche Vorschläge muss sich dann die Umschulung bzw. die Weiterbildung knüpfen.

Die Ausbildung von jungen Leuten mit beschränkter Arbeitsfähigkeit zu Facharbeitern wurde unlängst durch einen

Erllass des Ministers für Arbeitswesen geregelt. Solche jungen Leute unter 25 Jahren können die Fachkenntnisse in Fachschulen und Spezialanstalten /medizinischem, Sozial- bzw. heilpädagogischen Anstalten/, unter speziellen Bedingungen aneignen. Laut unseren Erfahrungen würden wir viel mehr solche Bildungsstätten benötigen.

Ausserdem ermitteln die Verwaltungsorgane für Arbeitswesen der örtlich zuständigen Räte die zur mit beschränkt arbeitsfähigen Arbeitnehmern besetzt werden dürfen. Laut unseren Erfahrungen werden diese Vorschriften in der Praxis nicht immer eingehalten: die für die beschränkt arbeitsfähigen Leute reservierten Stellen werden oft auch von kerngesunden Arbeitnehmern belegt, bzw. einige Arbeitsgeber erweitern willkürlich den Kreis bzw. den Begriffsinhalt der "Arbeitnehmer mit beschränktem Arbeitsvermögen" /aus der Sicht der Einstellung werden Mütter von mehreren Kindern, alleinstehende Mütter usw. auch als zugehörige dieser Kategorie betrachtet/.

Die Umschulung der Rehabilitationsbedürftigen über 25 Jahren /d.h. der Erwachsenen/ ist praktisch noch ungelöst. In Ungarn befasst sich z.Z. nur eine einzige Anstalt mit der Umschulung von Erwachsenen /im Rahmen des staatl. Sanatorium "József Fodor"/ und jetzt wurde von uns ein Versuch unternommen, diesen Ziel die Anregung von anderen Fachschulen zur Veranstaltung von solchen Kursen ist. Da wir nach reeller Einschätzung in der Zukunft mit der Zunahme des Bestands an Arbeitnehmern mit geänderter Arbeitsfähigkeit rechnen müssen, sollte man unseres Ermessens die Vorbedingungen für eine moderne auch die Erteilung von Fachkenntnissen vorsehende Rehabilitation in einer organisierten Art und Weise sicherstellen.

Es ist meine feste Überzeugung, dass man über die hie und da sporadisch veranstalteten Umschulungslehrgänge für erwachsene Werktätige hinaus früher oder später von diesen Lehrgängen völlig unabhängige regionale Zentralstellen für

die Aus- und Weiterbildung für Rehabilitationsbedürftigen erreichten muss, die für die Fachbildung dieser Leute sorgen. Die Errichtung von solchen Zentren wäre besonders in Regionen angebracht, in denen die meisten Menschen mit veränderter Arbeitsfähigkeit wohnhaft sind.

Spezielle Arbeitsstätten

Etwa 90 % der Arbeitnehmer mit beschränktem oder beeinträchtigtem Arbeitsvermögen sind in ihrem ursprünglichen Werk beschäftigt, deshalb erfolgte die Rehabilitation im Arbeitsbereich überwiegend in aus völlig gesunden Betriebs-tätigen bestehenden Arbeitskollektives.

Dagegen eignen sich Arbeitnehmer mit schwereren Körperschäden oder Geistesschwache, Invalide und erwerbsergänzenden Zuschuss beanspruchende ältere Leute nicht immer für die Arbeit an ihrer früheren Arbeitsstelle bzw. sind sie manchmal dazu ganz unfähig. Deshalb wurde bereits vor mehreren Jahrzehnten wohl mit recht gefordert, dass staatliche Stellen für spezifische Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsstellen sorgen sollten, damit die Arbeitnehmer mit beschränktem Arbeitsvermögen eine ihrer Arbeitsfähigkeit entsprechende Arbeit leisten können.

Wegen der Art der Produktionsprozesse und wegen den physischen und geistigen Anlagen der Betriebstätigen mit veränderter Arbeitsfähigkeit entsprechen in den Sparten Maschinenbau und Leichtindustrie die den Räten unterstellten Betriebe und die Genossenschaftsbetriebe am ehesten den angeführten Beschäftigungsprinzipien.

In diesen Betrieben schuf man durch passende arbeitsorganisatorische Massnahme, meistens durch Kürzung der Arbeitszeit Arbeitsmöglichkeiten für Arbeitnehmer mit beschränktem Arbeitsvermögen und andererseits beschäftigte man Arbeitsbehinderte als Zuarbeiter. Die zuhause verrichtete Zuarbeit ist aus der Sicht der Rehabilitierten Arbeitnehmer aber auch für die Betriebe eine sinnvolle Lösung.

In Ungarn hat man die organisierte Beschäftigung der

Arbeitsnehmer mit beschränkter Arbeitsfähigkeit nach der Befreiung im 1945 allmählich gelöst. Die verschiedenen massnahmen in den Fachbereichen Arbeitswesen, Gesundheitswesen und Finanzen erhöhten des Interesse und auch die Verantwortung der Betriebe und der Genossenschaften für dieses Thema. Von den in den letzten Jahren erschienenen Verordnungen und Erlassen möchte ich jetzt nur eines hervorheben. Diese Verordnung ermöglicht nämlich ab 1976 allen Betrieben und Genossenschaften Investitionen aus ihrem Reservefonds /ohne Rückzahlungsverpflichtung/, in der Höhe eines vorgegebenen Anteils ihres Lohnfonds, zur Errichtung von Arbeitsplätzen für rehabilitierte Arbeitsnehmer.

Betriebe und Genossenschaften, in denen 20 % der Produktionstätigen Arbeitsnehmer mit beschränkter Arbeitsfähigkeit sind, bekommen vom Staat einen besonderen finanziellen Zuschuss bzw. eine Steuerermässigung.

Die Genossenschaften haben in der Rehabilitation für die Berufstätigkeit eine grosse Verantwortung und eine wichtige Rolle übernommen. Sie beschäftigen in Budapest und in der Provinz fast 10.000 Arbeitsnehmer mit beschränkter Arbeitsvermögen, am Arbeitsplatz im Betrieb oder als Zuarbeiter. Die den Räten unterstellten Industriebetriebe helfen seit ihrer Entstehung in der Rehabilitation mit. Unter den Municipalbetriebs arbeiten in drei Spezialbetrieben und in den Betrieben des Fővárosi Kézműipari Vállalat in der Mehrzahl Arbeiter und Angestellte mit beschränktem Arbeitsvermögen. Diese Betriebe erhalten vom Staat eine sehr wesentliche Unterstützung.

Als neue initiative in Ungarn erwähne ich die für Geisteschwache errichteten sog. geschützten Arbeitsplätze, die aber nur für einen beschränkter Kreis zugänglich sind. Zur Zeit haben wir von sieben Arbeitsstätten dieser Art Kenntnis, wo die Arbeit üblicherweise unter der Aufsicht von Heilpädagogen verrichtet wird. Arbeitsstellen für Geisteschwache mit Familien-Hinterrund, sog. "ambulante" ge-

geschützte Arbeitsplätze hat ausser Fővárosi Kézműipari Vállalat auch noch Zamat Kéksz- és Ostyagyár und Szegedi Fonalfeldolgozó Vállalat. Bisher hat man über günstige Erfahrungen berichtet, besonders aus Betrieben, in denen auch Heilpädagogen regelmässig im Einsatz sind. Das Beispiel des Szegedi Fonalkikészítő V. verdient unsere besondere Beachtung. Der ursprünglich Blinde beschäftigende Betrieb war einer der Pioniere im durchdachten, organisierten Einsatz von geistesschwachen Arbeitern. Der Betrieb hat einen Vertrag über die Zusammenarbeit mit Heilpädagogischen Instituten zu Szeged und Szentes; beim Betrieb wurde der systematische Unterricht der Geistesschwachen angebahnt und hat damit hervorragende Ergebnisse erzielt.

Nach Abschluss des Lehrganges arbeiten die Geistesschwachen an geschützten Arbeitsplätzen. Der vom Betrieb angestellte Heilpädagoge, der zum Personaletat des Betriebs gehört, versieht die Aufsicht an den Arbeitsplätzen, organisiert und leitet die Arbeitskollektive der Eltern und hilft dabei noch den jungen Leuten ihre Freizeitbeschäftigung sinnvoll zu gestalten bzw. rationeller auszunützen. Besonders beachtenswert ist die durchdachte Erziehung zur Arbeit. Ausser der Parallel durchgeführten Funktionen Unterricht und Beschäftigung ist die Einstellung in die Arbeit und die Nachpflege bei diesem Betrieb ebenfalls eine sinnvoll geplante und regelmässig durchgeführte Praxis.

Die mir dem Einsatz der geschützten Arbeitsplätze bisher erzielten Ergebnisse erbringen den eindeutigen Nachweis, dass die Geistesschwachen unter entsprechenden Verhältnissen die für ihre Lebenshaltung nötigen Summen verdienen können und sich durch die Arbeit in die Gesellschaft integrieren können.

Ich möchte noch kurz auf die sog. sozialen Beschäftigungsstätten eingehen. In diesen sichert man vor allem für Leute mit stark verringerter Arbeitsfähigkeit eine Arbeitsmöglichkeit. Solche Beschäftigungsstätten gibt es in Ungarn

insgesamt 22 usw. sind 14 in Budapest und 8 in der Provinz im Einsatz. Mehr als 6000 Personen haben hier eine Beschäftigungsmöglichkeit, grösstenteils Frauen. 50 % der Werktätigen sind bereits im Rentmeralter. Das Netz der Beschäftigungsstätten wird durch die Fachverwaltungsorgane der Räte von Ministerium für Gesundheitswesen u. Volkshygiene geleitet. Laut dem einschlägigen Erlass des Ministeriums sind diese Geschäftigungsstätten selbstständige Wirtschaftseinheiten und haben nach den für aus dem Staatsbudget finanzierten Institutionen gültigen Vorschriften zu wirtschaften. Der Erlass über die Errichtung der Beschäftigungsstätten und über ihre Organisationsstatue unterbindet ihre Entwicklung bzw. Umwandlung zu Betrieben bzw. Unternehmen. Eine an sie gestellte Grundforderung ist eine Beschäftigung mit arbeitstherapeutischem Charakter und nicht etwa die Erzielung eines höheren Gewinnanteils. Dabei kann aber auch der letztere Aspekt nicht völlig übersehen werden, wenn sie ihre Produkte am Markt absetzen wollen.

Effektivität der Regelung durch Rechtsnormen

In den in Ungarn erlassenen Verordnungen über die Rehabilitation dominierte der soziale Aspekt ziemlich lange. Nur im letzten Jahrzehnt rückten die aus ökonomischer Sicht rationellen Verfügungen und der modern gebeitete Humanismus in den Vordergrund. Der Rechtsstand der Arbeitnehmer mit beschränkter Arbeitsfähigkeit wurde zuletzt 1967 durch eine Verordnung geregelt. Zur gleichen Zeit erhielten die Betriebe, Unternehmen und Genossenschaften ihre mit der Rehabilitation verbundenen Aufgaben.

Der Erlass regelte das derzeit wichtigste Problem, die Rehabilitation der im Arbeitsverhältnis stehenden Arbeitnehmer mit beschränkter Arbeitsfähigkeit. Die später erlassenen Ergänzungen legten den solche Arbeitnehmer beschäftigenden Betrieben eine noch grössere Verantwortung auf. Zugleich wurde in diesen Rechtsnormen auch die Verantwortung der Fachverwaltungsorgane der Räte betont, be-

sonders für die Errichtung von Arbeitsstellen mit Rehabilitationszweck bzw. für die Arbeitskräfte lenkung /Ungruppierung der beim einen Betrieb nicht rationell einsetzbaren Arbeitskräfte mit beschränkter Arbeitsfähigkeit zum anderen/.

In der Praxis empfindet man bei vielen Betrieben die Fürsorge und die Durchführungspflicht der Rehabilitation im Berufsleben als ein lästiges, überflüssiges, ihnen aufgezwängtes Problem. Sie sorgen für ihre Betriebstätigen, die eine Änderung ihrer Arbeitsfähigkeit erlitten haben, meistens dadurch, dass sie in einen leichteren Berufskreis versetzen und betrachten mit der für sie gezahlten Lohn- bzw. Gehaltungsergänzung die Rehabilitation als abgetan. Oft denkt selbst der Gesundheitsgeschädigte nicht an die bessere Nutzung der ihm noch verfügbaren Fähigkeiten. Die entsprechende Aufklärung, die Erarbeitung von effektiveren Stimuli würde die Rehabilitation jedesfalls beschleunigen. Ich bin davon überzeugt, dass die Betriebs- und die Gewerkschaftsleitung mit einer grösseren Verantwortung an der Durchsetzung der die Rehabilitation betreffenden Erlasse mitwirken müsste. Zu diesen Aufgaben gehört u.A.

- der Ausweis der beim Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer nach der Art der Reduktion seines Arbeitsvermögens bzw. nach dem Charakter der noch verfügbaren Funktionen;

- Organisierung von Umschulungs- bzw. Ausbildungslehrgängen durch entsprechende Agitation und Verbund;

- die Errichtung von Arbeitsplätzen, wo die Betriebstätigen mit dem früheren Status gegenüber veränderten Fähigkeiten und Anlagen ohne weitere Schädigung ihrer Gesundheit sinnvoll eingesetzt werden können.

Bloss im allerletzten Fall dürfte man zu einer Lösung Zuflucht nehmen, bei der man den Arbeitnehmer in einen sog. leichteren Arbeitskreis versetzt, in dem üblicherweise eine niedrigere Qualifikation genügen würde oder überhaupt keine gefordert wird, oder für ihn eine regelmässige Sozialbei-

hilfe vorzuschlagen.

Bei den Betrieben sind Rehabilitationsausschüsse eingesetzt, deren Mitglieder sind der Betriebsarzt und die Beauftragten des Betriebs und der Gewerkschaft. In den meisten Fällen verrichten auch diese Ausschüsse ihre Arbeit ziemlich oberflächlich. Die Registrierung bzw. die Anregung einer Umschulung wäre ja ihre Aufgabe. Es gibt keine entsprechende Zusammenarbeit zwischen den Betriebsärzten und solchen Ausschüssen. Möglicherweise erhalten die Betriebe nur ungenügende fachliche Unterstützung und Direktiven von den Rehabilitationsfachleuten. Es gibt ja auch nur wenige Experten, die sich in den Problemen der Rehabilitation im Berufsbereich gut auskennen, Schon deshalb wäre es angebracht, durch Investitionen aus einem zentralen Fonds oder im /Staats- oder lokalem/ Budget vorgesehenen Mitteln regionale Zentren für die Weiterbildung und Umschulung zu errichten. Das soll aber die Betriebe keineswegs ihrer Verantwortung für die initiativen Massnahmen entheben. Ausserdem könnte man in den erwähnten Umschulungs- und Weiterbildungszentren um die berufliche Rehabilitation der Schwerverletzten Sorge tragen, die Rehabilitation der Arbeitsnehmer mit geringfügigeren /ledhteren/ Gesundheitsschäden wird auch weiterhin die Aufgabe der Arbeitsgeber bleiben.

Zusammenfassung

Die Komplexität einer modernen und umfassenden Rehabilitation rührt nicht von dem Nebeneinander des Berufs- und des Sozialbereichs her, sondern wird von der Verflechtung dieser Bereiche verursacht. Infolge dessen kann auch die berufliche Rehabilitation nicht nur als Problem des Arbeitswesens oder der medizinischen Fürsorge betrachtet werden sondern fordert eine komplexe Lösung des Problems.

Eine besonders dringliche Aufgabe ist die Lösung der Schulungs- und der Einstellungsprobleme der an schwerer Erkrankung oder an Verstümmelung der Bewegungsorgane leidenden und der geistesschwachen Arbeitsnehmer, usw. nicht

allein deshalb, weil dieses Problem heute schon eine gesellschaftspolitische Bedeutung erlangt hat, sondern weil diese Schichten bedauerlicherweise reproduziert werden.

Auch bisher hab es verschiedene Bestrebungen und sehr gut gemeinte Initiativen zwecks Abhilfe sowohl im Netz der medizinischen Fürsorge als auch in den Betrieben und den Heilpädagogischen Instituten.

Es scheint aber, als ob ein höherer Kraftsaufwand als bisher zur Lösung der einschlägigen Probleme nötig wäre. Heute bedeuten die Arbeitnehmer mit verminderter oder gehinderter Arbeitsfähigkeit für unsere Gesellschaft ein von der Geburt bis zum Tod alle Altersstufen und die verschiedensten Krankheitsursachen umfassendes und beinhaltendes Gruppenproblem. Statt den bisher praktizierten partiellen Lösungen muss man eine umfassende und wirksame Lösung anstreben. Die Bedingungen einer solchen Lösung lassen sich in zwei Punkten zusammenfassen.

1. Die Empfangs- bzw. Aufnahmebereitschaft, die subjektiven und objektiven Bedingungen, die Fachkenntnisse der staatlichen Organe sollten gebessert werden. Hier geht es um die Vermehrung der zur Umschulung der Arbeitnehmer mit verminderter Arbeitsfähigkeit geeigneter Objekte, um die Erarbeitung der zweckmässigsten Methoden und um die Weiterentwicklung derselben im breiten Kreis. Das Informationssystem soll vom Zensus bis zu den mit den Rehabilitationsaufgaben betrauten Betriebsausschüssen verbessert werden, denn die stichhaltigen Angaben können die Grundlage für die Organisierung der Empfangsbereitschaft sein.

2. Man soll das Interesse der Individuen an und ihre Bereitschaft in der Teilnahme an der beruflichen Rehabilitation intensivieren, damit sie sich voll und ganz in diese Arbeit einschalten. Das ist teilweise eine Verbundaufgabe, teils aber bedingt es eine derartige Umarbeitung der heute gültigen Rechtsnormen, dass dadurch die rehabilitationsbedürftigen Personen gewissermassen zur Teilnahme

an der Rehabilitation angeregt werden. In diesem Fall müsste man für diese einen grösseren materiellen Vorteil zusichern als die Summe, welche bei der Sozialrehabilitation im engeren Sinn sowiese ausgezahlt wird; im letzteren Fall - bei der Rehabilitation durch die Sozialfürsorge - haben die staatlichen Stellen mit der Festlegung und Zahlung der Invalidenrente scheinbar "bereits ihre Pflicht getan". Die Umarbeitung der einschlägigen Rechtsnormen müsste aber mit einer grossen Umsicht erfolgen, bei der Umarbeitung kann es ja auch zur Überprüfung und zu einer Umwertung der bisher zugestandenen Rechte kommen. Es ist aber unsere Überzeugung, dass eine Integrierung oder Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichende berufliche Rehabilitation ein derart starkes Interesse des Individuums und der Gesellschaft ist, dass die lebensinressen aus dieser Sicht eine untergeordnete Bedeutung erlangen.